

INTAKEFORMULIER

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake gesprek zullen de gegevens met u doorgesproken worden. Uiteraard blijven deze gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw inspanning;

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Geboortedatum: _____ M / V

Telefoonnummer: _____ B.G.G.: _____

E-mail adres: _____

BSN nummer: _____

Zorgverzekering: _____ Verzekerde nr.: _____

Beroep: _____

Sport / Hobby: _____

Medicijngebruik: _____

Huisarts: _____ Tel.nr.: _____

Wat is uw voornaamste klacht? _____

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? _____

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken? _____

Welke omstandigheden geven verbetering? (bv warmte, kou, rust, beweging, eten, houding, fysieke of psychische belasting, ontspanning) _____

En welke verergering? _____

Wordt u 's nachts wakker? Zo ja, hoe laat? _____

Heeft u een voorkeur of afkeur voor zoet, zuur, pikant, bitter? _____

INTAKEFORMULIER PAGINA 2

Zijn er spijzen en/of dranken die u niet goed liggen? _____

Rookt u? Hoeveel? _____

Drinkt u? Hoeveel? _____

Drinkt u koffie? Hoeveel? _____

Heeft u naast uw hoofdklacht ook bijkomende klachten?

Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, suikerziekte etc.)
en niet-erfelijke aandoeningen.

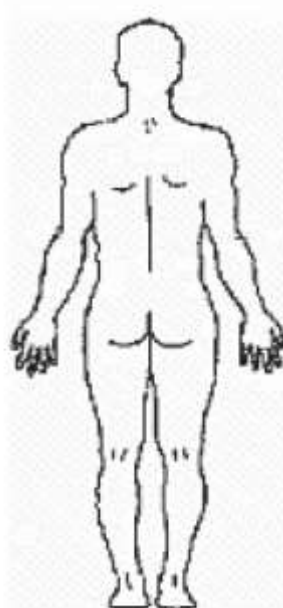
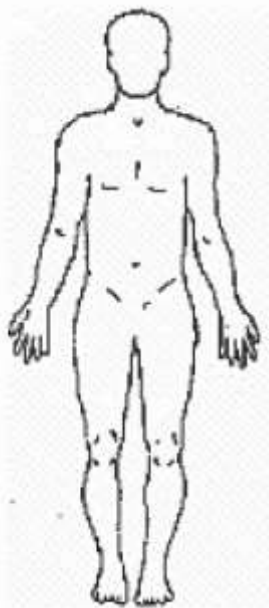
Moeder: _____

Vader: _____

Overige familieleden: _____

Wilt u op de figuren aangeven waar u uw klachten voelt?

Geef tevens littekens in rood aan;



INTAKEFORMULIER PAGINA 3

Ziektegeschiedenis

Kunt u in chronologische volgorde omschrijven:

- Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven heeft gehad. Denk hierbij ook aan kinderziektes, eczeem, allergieën, kleine ongevallen zoals verstuikingen en kleine operaties zoals amandelen knippen.

- Eventuele zwangerschappen en het verloop hiervan

- Belangrijke ontwikkelingen in uw leven die eventueel van invloed kunnen zijn op uw gezondheid (denk aan echtscheiding, overspannen, depressies).

- Bezoeken aan landen buiten Europa

- Leeftijd Ziekte / Klacht / Zwangerschap / Ontwikkeling

Welke ziekte was het zwaarst in uw leven?

Welke ziekte, ongeval, operatie was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?

INTAKEFORMULIER PAGINA 4

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten op u van toepassing zijn:
de linker kolom is voor oude klachten & de rechter voor recente klachten.

ALGEMEEN

- hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks
waar in het hoofd? _____
- slapeloosheid
- gewichtsverandering: toename/afname
- duizeligheid
- vermoeidheid: continu/ochtend/middag/avond
- allergie
- opgezette klieren

LUCHTWEGEN

- chronisch hoesten
- chronisch verkouden
- astma
- keelpijn/ontstekingen
- ontstekingen bijholtes
- oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

- hoge/lage bloeddruk
- aderverkalking HUID
- pijn/beklemmend gevoel op de borst
- hartkloppingen
- koude handen/voeten
- spataders
- vocht vasthouden

URINEWEGEN GESTELDHEID

- nierinfectie/nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklachten
- blaasontsteking
- verandering urine

VROUW

- Zwanger Ja/Nee
- Leeftijd eerste menstruatie: _____
- pijnlijke menstruatie _____
- onregelmatige menstruatie
- langdurige menstruatie
- premenstrueel syndroom

MAAG/DARMEN

- darmontsteking
- verstopping
- diarree
- opgezette buik
- misselijkheid
- winderigheid
- buikpijn/krampen
- maagzuur
- bloed bij ontlasting
- overig: _____

SPIEREN / GEWRICHTEN

- gespannen/ slappe spieren
- lage rugpijn
- nekpijn
- tintelingen/uitstraling
- gewrichtspijnen
- spierpijnen/krampen
- bewegingsbeperkingen

HUID

- eczeem/uitslag
- snel blauwe plekken
- droge huid/transpiratie
- jeuk

GESTELDHEID

- zenuwachtigheid
- depressies
- concentratiezwakte
- angst
- veel piekeren
- besluiteloos
- geïrriteerd
- opvliegers
- overig: _____